

Distrito Escolar
Programa de Educación Individualizado

Página 1

Nombre del Estudiante	Fecha de la Reunión	Propósito de la Reunión <input type="checkbox"/> Elegibilidad Inicial, IEP, Colocación <input type="checkbox"/> Revisión Anual del IEP <input type="checkbox"/> Reevaluación de Tres Años <input type="checkbox"/> Fecha de Suspensión de Servicios: _____ <input type="checkbox"/> Solicitud del Padre <input type="checkbox"/> Otro: _____
Numero del Sistema Administrativo de Información del Estudiante (SIMS)	Edad Grado	
	Fecha de Nacimiento	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Inicio de Servicios	Se discutieron resultados de una evaluación/progreso/método de valoración <input type="checkbox"/> Si _____ (Iniciales del Padre/Tutor) Recibió copia de los resultados de la evaluación <input type="checkbox"/> Si (Iniciales del Padre)
Origen Étnico: (W,B,I,H,A)		
Escuela de Residencia	Fecha de Revisión Anual	*Necesita Planificación de la Transición <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Si si, agregar páginas aplicables de la transición.)
Centro de Asistencia	Nombre, Dirección, Teléfono del Padre/Tutor Casa: Trabajo:	El estudiante es elegible para educación especial o educación especial y servicios relacionados como fue determinado por el equipo del IEP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Se recibió y reviso la copia anual de los Derechos del Padre/Tutor _____(Fecha) _____ (Iniciales de Padre/Tutor)
Fecha de la Determinación de Elegibilidad:		
Fecha en que debe la Reevaluación de Tres Años:	Nombre, Dirección, Teléfono de Padre/Tutor Casa: Trabajo:	Una copia del IEP fue proporcionado al padre/Tutor <input type="checkbox"/> Si _____ (Iniciales del Padre/Tutor)
Membrecía del Equipo IEP		Firma
Padre/Tutor		Fecha
Padre/Tutor		
Estudiante		
Inspector/Designado		
Maestro de Salón de Clases General		
Maestro de Educación Especial		
Patólogo del Habla/Lenguaje		
Persona que Evalúa		
Título		
Título		
Título		
Información del Registro del Niño (información Requerida)		Colocación
Condición de Discapacidad <input type="checkbox"/> 0500-D/B <input type="checkbox"/> 0505 -ED <input type="checkbox"/> 0510-CD <input type="checkbox"/> 0515-HL <input type="checkbox"/> 0525-SLD <input type="checkbox"/> 0530-MD <input type="checkbox"/> 0535-OI <input type="checkbox"/> 0540 -VL <input type="checkbox"/> 0545 -D <input type="checkbox"/> 0550-S/L <input type="checkbox"/> 0555-OHI <input type="checkbox"/> 0560-A <input type="checkbox"/> 0565-TBI <input type="checkbox"/> 0570-DD		<input type="checkbox"/> 0100 Clase General con Modificaciones 80-100% <input type="checkbox"/> 0110 Salón de Recursos 40-79% <input type="checkbox"/> 0120 Salón de Clases Auto-contenido 0-39% <input type="checkbox"/> 0130 Día Escolar Separado <input type="checkbox"/> 0140 Lugar Residencial <input type="checkbox"/> 0150 Hogar/Hospital <input type="checkbox"/> 0315 Colocación de Niñez Temprana 80-100% <input type="checkbox"/> 0325 Colocación de Niñez Temprana 40-79% <input type="checkbox"/> 0330 Colocación de Niñez Temprana 0-39% <input type="checkbox"/> 0335 Clase Separada <input type="checkbox"/> 0345 Escuela Separada <input type="checkbox"/> 0355 Lugar Residencial <input type="checkbox"/> 0365 Hogar <input type="checkbox"/> 0375 Lugar del Proveedor de Servicio
A. Minutos por semana en Educación Especial	_____	
B. Minutos por semana en Servicios Relacionados	_____	
C. A + B = (Total de minutos en Educación Especial/Servicios Relacionados)	_____	

Padre/Tutor rechaza todos los servicios de educación especial

Firma de Padre/Tutor: _____

Basado en la evaluación, incluya el logro académico y la ejecución funcional (**fortalezas y debilidades**) en las áreas afectadas por la **discapacidad del estudiante, incluyendo la transición** en el IEP para que este en efecto cuando el estudiante tenga 16; **preocupaciones del padre**; y cómo la discapacidad del estudiante afecta la **participación y el progreso del estudiante en el currículo de educación general**. (Para un niño de preescolar, como afecta la discapacidad su participación en las actividades apropiadas.)

Nombre del Estudiante:	Fecha del IEP:

Recuerde discutir:

- Área de Habilidad o Transición (logro académico Y ejecución funcional)
- Fortalezas y Necesidades
- Como la discapacidad del estudiante afecta su participación/progreso en el currículo de educación general en el área de habilidad
- Información del padre

¿Está el estudiante limitado en la capacidad del inglés? Si No

Si la respuesta es "sí", por favor explique las necesidades de lenguaje del estudiante ya que estas necesidades se relacionan con el IEP del estudiante.

¿Hay alguna necesidad especial de comunicación? Si No

¿Si la respuesta es "sí", cual instrucción directa será proporcionada en el método de comunicación del estudiante?

¿Requiere el estudiante Braille? Si No

¿Si la respuesta es "sí", que servicios de Braille serán proporcionados?

¿Impide el comportamiento del estudiante su aprendizaje o el de los demás? Si No

¿Si si, que estrategias se requieren para dirigir apropiadamente su comportamiento, incluyendo intervenciones positivas de comportamiento y apoyos?

¿Aparatos de Tecnología y Servicios de Asistencia? Si No

¿Si, si que aparato o servicio será proporcionado?

Educacion Física: Regular No es Requerida Adaptado: Referirse a Metas/Metas y Objetivos

Mantenimiento del Aparato para la Audición: No es Aplicable Si: Personal Responsable del Monitoreo

Describa el proceso de monitoreo/frecuencia necesaria de mantenimiento: _____

Valoración

- 1. El estudiante tomará las valoraciones a nivel estatal y del distrito con o sin acomodaciones. (Las acomodaciones serán determinadas en página 7.) (Metas anuales requeridas)
- 2. El estudiante tendrá una valoración alterna. (La valoración alterna es para estudiantes que están trabajando en los estándares de logro académico alterno) (Meta anual y objetivos de corto plazo requeridos)
 - a. ¿Satisface el estudiante reunión el criterio para una discapacidad cognitiva severa? (Si no, el estudiante no es elegible para tomar la valoración alterna) Si No

b. Explique la razón de porque el estudiante no puede participar en la valoración regular. _____

c. Explique la razón porque la valoración alterna seleccionada es apropiada para este estudiante _____

3. La valoración a nivel estatal y/o del distrito no es requerida al nivel de grado de este estudiante durante el curso de este IEP anual.

Metas Medibles Después de la Preparatoria (MPSGs)–Basadas en una Valoración Apropiaada para la Edad **Página 4A**

(Requeridas en o antes del cumpleaños 16 del estudiante) nota: El Termino “Metas Medibles Después de la Preparatoria” reemplaza “los Resultados de Planificación de la Vida” (¿Que planea hacer el estudiante después de la preparatoria?) – Las guías actuales de OSEP requiere al menos una meta anual conectada **Y** al menos un servicio/actividad por cada MPSG identificado. Los resultados de la valoración deben de determinar con cuál MPSGs se va a trabajar.

Trabajo: _____

(Ver meta(s) anual conectada # _____)

Educación: _____
O _____ (Ver meta(s) anual conectada # _____)

Entrenamiento: _____

(Ver meta(s) anual conectada # _____)

Vida Independiente: (cuando sea apropiado) _____

(Ver meta(s) anual conectada # _____)

Cursos de Transición de Estudio

(Requeridos en o antes del cumpleaños 16 del estudiante) (Complete para el año escolar actual hasta el año que planea salir)
(Debe relacionarse con y ayudar al estudiante a progresar hacia el logro académico de las Metas Medibles Después de la Preparatoria escritas arriba)

Grado	Grado	Grado	Grado	Grado

Comentarios: _____

Transferencia de Derechos de Padre/Tutor (Debe de verse en o antes del cumpleaños 17).

El estudiante tendrá 17 en _____. El estudiante fue informado de esta transferencia de los derechos en ____/____/_____.

Graduación o Completo un Programa Aprobado (Debe ser visto por lo menos un año antes de la fecha de graduación.)

El estudiante se graduará/completara el programa en: (Fecha) ____/____/_____

Requisitos específicos del distrito individualizados y cursos pendientes necesarios para completar un programa de educación de preparatoria aprobada:

Resumen de Ejecución – (Para estudiantes que se graduarán con un diploma regular o que llegaron a la edad límite para salir de educación especial)

Un resumen del logro académico del niño y ejecución funcional, que debe incluir recomendaciones de cómo ayudarle al niño en lograr sus metas después de la preparatoria, es requerido. Una forma de sugerencias e instrucciones están disponibles en la página Web de SEP.

Seguimiento de Un Año – (Para estudiantes que se gradúan, que llegan al límite de edad, o se salen) Estudiantes serán contactados un año después de salir, por una agencia contratada, para determinar su estado en términos de empleo, escuela después de preparatoria u otros resultados.

Servicios de Transición / Conjunto de Actividades Coordinadas

Página 4B

Estas 7 categorías son de la sección 300.42 de IDEA 2004

*Los servicios de Transición deben ser un conjunto de Actividades/Estrategias coordinadas diseñadas dentro de un proceso orientado en resultados. Esto quiere decir que las actividades son esos pasos o cosas que necesitan suceder que llevarán a resultados después de escuela y ayudarán al estudiante a lograr sus metas deseadas después de preparatoria. Todas las actividades que necesitan suceder para ayudar a los estudiantes a lograr sus metas después de la preparatoria no puede hacerlas la escuela sola. Entonces, las actividades deben de incluir esas cosas que otros (estudiantes, familias y los servicios agencias o programas, apropiados para el adulto) necesitaran hacer. Cuando se ve el panorama completo, las actividades deben demostrar participación y coordinación entre las escuelas, estudiantes, familias y servicios de adultos apropiados, agencias o programas.

Instrucción:

<u>Recomendaciones de Actividades</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
---------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Servicios Relacionados:

<u>Recomendaciones de Actividades</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
---------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Experiencias de la Comunidad:

<u>A Recomendaciones de Actividades</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
---	---	-----------------------	-------------------------

Empleo:

<u>Recomendaciones de Actividades</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
---------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Otros Objetivos de la Vida Adulta Después de Escuela:

<u>Recomendaciones de Actividades</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
---------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Adquisición de las habilidades de la Vida Diaria (Cuando sea apropiado):

<u>Recomendaciones de Actividad</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
-------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Evaluación Funcional Vocacional (Cuando sea apropiado):

<u>Recomendaciones de Actividad</u>	<u>Personal/Agencia/Persona Responsable</u>	<u>Fecha Iniciada</u>	<u>Fecha Completada</u>
-------------------------------------	---	-----------------------	-------------------------

Nombre del Estudiante		Título del Personal Responsable					
Meta Anual que se puede Medir # _____	Código de Proced.	Fecha	Código de Prog.	Comentarios:			
Objetivos de Instrucción a Corto Plazo o Puntos de Referencia (Requerido para estudiantes que hacen la evaluación alterna alineada con estándares de logro académico alterno.	Código de Proced.	Fecha	Código de Prog.	Comentarios:			
Acomodaciones/Modificaciones/Aparatos y Servicios Suplementarios 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____				Frecuencia	Lugar	Fecha Inicial	Duración
Declaración de las modificaciones o apoyos del programa para personal escolar (según apropiado):				Frecuencia	Lugar	Fecha Inicial	Duración
Códigos de Procedimiento (Complete en la reunión de IEP) 1. Exámenes hechos por maestros 2. Observaciones 3. Exámenes semanales 4. Exámenes de Unidad 5. Conferencias de Estudiantes	Códigos de Progreso P= Está teniendo Progreso I= Progreso Insuficiente para llegar a la meta X= No se discutió en el Reporte de este Periodo M= Logró la meta	Frecuencia de Reporte a los Padres <input type="checkbox"/> Reportes cada 4 meses <input type="checkbox"/> Reportes cada 3 meses <input type="checkbox"/> Otro: _____ Método de Reporte a los Padres <input type="checkbox"/> Conferencias <input type="checkbox"/> Tarjeta de Reporte <input type="checkbox"/> Copia de Pagina de Metas <input type="checkbox"/> Otro:					

Servicios Relacionados a Proporcionar	Titulo de la Persona Responsable	Cantidad de Servicio	Lugar de Servicio	Duración de Servicio (Si es menos que la duración del IEP)
<input type="checkbox"/> A. Terapia Ocupacional				
<input type="checkbox"/> B. Terapia Física				
<input type="checkbox"/> C. Servicios Psicológicos				
<input type="checkbox"/> D. Servicios de Consejería (incluyendo consejería de rehabilitación)				
<input type="checkbox"/> E. Servicios de Trabajo Social (en las escuelas)				
<input type="checkbox"/> F. Servicios Audiológicos				
<input type="checkbox"/> G. Terapia de Recreación				
<input type="checkbox"/> H. Enfermera de la Escuela/ Servicios de Salud				
<input type="checkbox"/> I. Terapia del Habla/Lenguaje				
<input type="checkbox"/> J. Transportación (Especifique cuando, que tan frecuente, donde, distancia, costo, etc.)				
<input type="checkbox"/> K. Orientación y Movilidad				
<input type="checkbox"/> L. Servicios Médicos (Servicios de Diagnóstico solamente)				
<input type="checkbox"/> M. Servicios de Interpretación				
<input type="checkbox"/> N. Consejería/Entrenamiento del Padre				
<input type="checkbox"/> O. Otro				

- 1. El estudiante tomará la valoración sin acomodaciones.
- 2. El estudiante tomara la evaluación con acomodaciones.

*****Los quipos deben de considerar si las acomodaciones son aprobadas para que se administre el examen apropiado.**

*****Enliste las acomodaciones que el estudiante tendrá en cada examen/área de examen.**

(Solo aquellas acomodaciones identificadas para la instrucción en las páginas de metas pueden ser consideradas para exámenes del estado y distrito. Las acomodaciones seleccionadas para usarse deben relacionarse a la discapacidad del estudiante.)

Grados 3-4-5-6-7-8-11 Dakota STEP Lectura	Grados 5 & 9 Stanford Escritura	Exámenes Específicos del Distrito Nombre: Área(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Matemáticas		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
Grados 5-8-11 Ciencia		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*** Valoración Alterna**

Todas las acomodaciones documentadas en el IEP se pueden usar en estudiantes que toman la valoración alterna.

<p>Rango de Colocaciones Alternas</p> <input type="checkbox"/> 0100 Clase General con Modificaciones 80-100% <input type="checkbox"/> 0110 Salón de Recursos 40-79% <input type="checkbox"/> 0120 Salón de Clases Auto-contenido 0-39% <input type="checkbox"/> 0130 Día de Escuela Separado <input type="checkbox"/> 0140 Lugar Residencial <input type="checkbox"/> 0150 Hogar/Hospital	<p>Continuación de Colocaciones Alternativa (Edades 3-5)</p> <input type="checkbox"/> 0315 Colocación de Niñez Temprana 80-100% <input type="checkbox"/> 0325 Colocación de Niñez Temprana 40-79% <input type="checkbox"/> 0330 Colocación de Niñez Temprana 0-39% <input type="checkbox"/> 0335 Clase Separada <input type="checkbox"/> 0345 Escuela Separada <input type="checkbox"/> 0355 Lugar residencial <input type="checkbox"/> 0365 Hogar <input type="checkbox"/> 0375 Lugar del Proveedor de Servicio
---	--

<p>Educación Especial debe de proporcionar:</p>		
<p><u>Descripción de los servicios</u></p>	<p><u>Cantidad de servicio</u></p>	<p><u>Lugar de servicio</u></p>

<p>Participación con Compañeros Sin Discapacidad (Completarse para todos los estudiantes Edades 6-21)</p>		
<p>Opciones del Programa</p> <input type="checkbox"/> Arte <input type="checkbox"/> Tecnología Industrial <input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Educación Vocacional <input type="checkbox"/> Familia y Ciencia de Consumidor <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Comentarios</p>
<p>No-Académico</p> <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Referencia de Empleo	<input type="checkbox"/> Recreo <input type="checkbox"/> Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Comentarios</p>
<p>Extra-curricular</p> <input type="checkbox"/> Atlético <input type="checkbox"/> Clubes <input type="checkbox"/> Grupos	<input type="checkbox"/> Recreación <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Comentarios</p>

Justificación de la Colocación—Una explicación hasta que extensión, si hay alguna, de porque el niño no participará con niños sin discapacidades en las clases regulares, y actividades no académicas. (Por favor use el formato acepto/rechazo para cada colocación alternativa considerada.)

El equipo habló de los potenciales efectos dañinos de la colocación de educación especial.

Servicios del Año Escolar Extendido: necesario no necesario será determinado para (Fecha) ____/____/____

Meta(s) #	*Tipo de Servicio	Fecha Inicio mes/día/año	Fecha Terminación mes/día/año	Minutos Por Semana	**Basado en

* Instrucción, servicios relacionados (especifico), otro (enliste)
 ** Regresión/Recuperación, Habilidades Emergentes, o Mantenimiento de Habilidades de Vida Criticas

Consentimiento del Padre/Tutor es Requerida Para la Colocación Inicial Solamente

“Consentimiento” quiere decir que el padre(s)/tutor(s) han sido informados completamente de toda la información relevante a la actividad por la cual el consentimiento es buscado, en el lenguaje nativo, u otro método de comunicación; el padre/tutor comprende y está de acuerdo por escrito en que la actividad para la cual se pide el consentimiento se lleve a cabo, y el consentimiento describe la actividad y enlista cualquier archivo que será dados y a quien; y que dar el consentimiento por el padre/tutor es voluntario y puede revocarlo por escrito en cualquier momento.

 Firma de Padre/Tutor

 Fecha

Comentarios para Clarificar: